

Conseil économique, social et environnemental

Audition du 12 septembre 2018

Lutte contre les addictions au tabac et à l'alcool.

Contexte

Saisi par le Premier ministre, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) va rendre un avis sur la question de la lutte contre les addictions au tabac et à l'alcool.

La préparation de cet avis, qui intervient dans le cadre d'un partenariat avec la Cour des comptes, a été confiée à la section des Affaires sociales et de la santé présidée par Mme Aminata Koné. M. Etienne Caniard (groupe de la Mutualité) et Mme Marie-José Augé-Caumon (personnalité associée du CESE) ont été désignés rapporteurs.

Comment changer durablement les comportements, quels outils et quels acteurs faut-il mobiliser pour une prévention plus efficace ?

Quelles politiques ont fait leurs preuves, en France ou à l'étranger ?

Comment rendre plus cohérentes les politiques publiques, alors que les intérêts en jeux, économiques, sanitaires, culturels se traduisent trop souvent par **des contradictions ou des ambiguïtés dans l'action des pouvoirs publics** ?

Quels outils et quels acteurs mobiliser pour une politique de prévention efficace ?

Quels leviers activer pour **modifier la représentation sociale de la consommation d'alcool et de tabac** ?

Comment changer durablement les comportements ?

Les rapporteurs souhaitent aussi s'interroger sur la place qui devrait être donnée à la **réduction des risques**, au **sevrage**, aux **produits de substitution**.

L'avis devra enfin traiter de l'accompagnement des usagers excessifs ou dépendants, qui soit adapté à leur situation et aux spécificités de leur parcours.

Présentation de la Fédération Addiction

La Fédération Addiction réunit plus de 210 associations gérant plus de 850 établissements, et services (CSAPA, CAARUD, CJC, CTR, CT, ELSA, SSR, consultations addicto...) soit plusieurs milliers de salariés, toutes professions concernées, auxquels s'ajoutent plus de 420 personnes physiques (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers, etc.). La création il y a un an d'un pôle « médecine générale », le pôle MG Addiction, permet à plus d'une centaine de médecins exerçant en ville d'être associés à la réflexion commune.

Elle mène une action de proximité basée sur une démarche participative. La Fédération est organisée en unions régionales ; les Délégués Régionaux sont élus par les adhérents de la région pour une période de trois ans et deviennent membres de droit du Conseil d'Administration.

La Fédération Addiction est issue de la fusion de l'Anitea (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) et de la F3A (Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie), elle est née de la coopération de ces deux réseaux.

Elle a 4 missions :

- 1. REGROUPER les acteurs de l'addictologie**
- 2. RÉFLECHIR aux évolutions et au sens de l'action**
- 3. SOUTENIR le réseau dans son organisation**
- 4. REPRÉSENTER les adhérents auprès des décideurs**

Dans cette dynamique, elle s'appuie sur l'expertise directe des acteurs de terrain. Chaque année, entre 250 et 400 professionnels, participent aux différents groupes nationaux et régionaux sur des thématiques (Addictions sans substance, monde du travail, santé/justice, programmes de prévention, *aller vers...*). Il faut y ajouter celles et ceux qui s'impliquent sur des projets portés par des partenaires, qu'ils s'agissent de travaux de recherche de l'Agence Santé Publique France, de l'ANRS ou autres. Ces actions concernent tous les secteurs et niveaux d'intervention auprès des usagers (soin, éducation, prévention, réduction des risques).

Enfin, la Fédération traduit cette expertise sur le terrain via son unité formation (27 formations par an), le soutien et la mise en œuvre de programmes tels que Tapaj France, Unplugged, Alcochoix ou encore PSFP (programme de soutien des familles).

► Les paradoxes de la perception sociale du « buveur » et du « fumeur »

Malgré la diminution globale du nombre de fumeurs de tabac et de buveurs réguliers d'alcool en France, les comportements et usages à risque se maintiennent à un niveau préoccupant, particulièrement chez les jeunes et les populations vulnérables.

La mise en œuvre et l'efficacité encore trop relatives des actions engagées comme la nécessité absolue de réduire les risques du tabagisme et de l'alcoolisme conduisent à rechercher des solutions complémentaires, pour diminuer l'impact sanitaire et social de ces consommations.

Pourtant, les débats sur cette réduction des risques sont souvent très vifs et génèrent d'importantes tensions. En effet, les addictions sont un domaine où s'entrecroisent de puissants enjeux économiques parfois contradictoires et des représentations sociales elles-mêmes très contrastées. Cette situation conduit à des hésitations et à un manque de lisibilité des politiques publiques comme on a pu l'observer récemment avec les tergiversations autour de la Loi Evin, du vapotage ou encore sur la question du Baclofène.

Tout ceci conduit à une situation très paradoxale. En effet, la forte pénalisation des usages de produits stupéfiants contraste avec des hésitations sur la régulation de la distribution et l'accès aux produits psychoactifs licites, qui sont à l'origine de dommages massifs en santé publique.

Le tabac et l'alcool sont les premières causes de mortalité évitable dans notre pays, mais présentent des conditions d'usage assez différentes. Alors que la quasi-totalité des fumeurs de tabac en sont dépendants - ce qui démontre un potentiel addictif majeur, bien identifié par la population – seule une minorité des consommateurs d'alcool en deviennent dépendants, la majorité des consommateurs en garde donc l'image d'un produit relativement bénin.

Ainsi, 85% des adultes consomment de l'alcool au moins une fois par an, 47,5% au moins une fois par semaine et 13% en consomment quotidiennement¹. Ces usages sont donc très largement répandus – ils concernent 42,8 millions de personnes² - mais la plupart font l'objet d'autorégulation : seuls 8%³ des consommateurs ayant entre 25 et 75 ans paraissent être dans des usages à risque chroniques (avec ou sans dommages ou dépendance avérés).

Les représentations sociales de la consommation d'alcool sont donc nécessairement contrastées.

Et ce d'autant plus que l'entrée dans ces usages fait souvent l'objet d'une quasi-prescription sociale, comme il en allait autrefois avec le tabac pour les hommes jeunes. Les siècles de valorisation du « fumeur » libéré et du « bon buveur », l'industrialisation de la fabrication de ces produits, l'essor des stratégies de marketing, ont eu des conséquences prégnantes.

1 Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thant V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. 32, avril 2015.

2 Chiffres OFDT 2015

3 Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Baromètre santé 2014. Tendances n° 99, 2015, 8 p.

► Un contexte fortement addictogène qui renforce les difficultés

Ces représentations se conjuguent aujourd'hui avec un contexte fortement addictogène de nos sociétés, qui connaissent

- une mutation généralisée des institutions et/ou rituels sociaux et communautaires qui servaient de cadre aux expérimentations des substances ;
- l'apparition d'une culture de l'intensité, de l'excès et de l'accès immédiat à l'objet du désir qui valorise l'effet « produit » ;
- les impératifs de gestion de soi, présents dans toute société, ouvrant à une culture du « dopage » ;
- l'aggravation des déséquilibres économiques et de la précarisation qui en accentue les enjeux sociaux.

Quand le consommateur « occasionnel » est toujours valorisé, l'utilisateur dépendant, solitaire et quotidien de ces produits est, à l'inverse, perçu négativement par le corps social. Il est l'objet d'une stigmatisation très importante, surtout pour l'alcool. Le fait d'avoir ce qui est communément appelé un « problème d'alcool » est un disqualifiant social fort, et une charge morale importante pour les personnes qui intériorisent ces stigmates sociaux : ne pas avoir su se réguler comme les autres, devoir assumer les conséquences de comportements négatifs, perdre progressivement son statut social et s'isoler.

Autant de facteurs qui vont contribuer à des stratégies logiques de dissimulation du mal-être – jugé comme un déni – et un sentiment de honte croissant.

Plusieurs points découlent de cette stigmatisation sociale :

- Une focalisation sur les vulnérabilités des personnes plus que sur la dangerosité du produit alcool et de ses conséquences sanitaires et sociales
- Un recours trop tardif et trop faible proportionnellement au soin, notamment du fait de la crainte d'être jugé
- Un impact démesuré de ces représentations clivées sur la construction de politiques publiques cohérentes
- Un impact majeur des enjeux économiques au détriment de ceux de santé.

► Comment répondre à ces enjeux ?

- En assurant une gouvernance de la prévention pérenne et cohérente
- En déployant une stratégie d'intervention précoce globale, intersectorielle et financée
- En régulant l'accès aux SPA par une politique publique cohérente, efficiente et efficace
- En appuyant les évolutions du soin aux personnes en difficulté avec ces produits, pour ne plus seulement viser l'abstinence mais adapter les objectifs aux attentes des personnes en individualisant l'accompagnement et en élargissant la palette d'accompagnement
- En favorisant les outils innovants de réduction des risques qui permettent de lutter contre les conséquences de tous les usages, problématiques ou non.

1) ASSURER UNE PREVENTION PERENNE ET COHERENTE

En France, l'action publique de prévention des addictions peut se catégoriser selon 4 niveaux⁴ complémentaires :

- La prévention universelle qui vise la diminution globale des consommations
- La prévention de proximité
- L'Intervention précoce
- L'éducation thérapeutique et la réduction des risques

Il existe dans la littérature scientifique internationale de nombreuses études et évaluations sur l'impact de la prévention. Celles-ci ont démontré que les actions ponctuelles visant à informer sur les dangers des drogues et à rappeler les interdits s'avèrent peu efficace pour changer les comportements. Quant aux campagnes médiatiques menées auprès des jeunes, aucune donnée concluante n'a pu être mise en évidence⁵.

Les stratégies d'interventions plus ciblées ont, quant à elles, montré des effets bénéfiques sur la diminution des conduites addictives⁶. Les programmes interactifs ciblant les aptitudes sociales semblent être les plus efficaces (connaissances, compétences dans les prises de décision, estime de soi, résistance à la pression des pairs...)⁷.

Ils sont complétés par des programmes d'entretiens motivationnels et d'interventions familiales – tels que le programme SFP⁸ (Strengthening Families Program) – dont il a été démontré les effets bénéfiques sur certains publics⁹.

Le déploiement de ces programmes vient compléter les actions législatives et réglementaires visant à limiter l'accès aux objets d'addiction.

Outre les aspects humains et sociaux, investir dans ce type de programme n'impacte pas le budget de l'État et représente même un économie, notamment sur le soin. A titre d'exemple, une étude américaine¹⁰ portant sur le programme SFP, déployé dans 22 pays et que certains CSAPA s'approprient à expérimenter en France, a démontré que pour 1 dollar américain investi, le programme permettait à l'État d'en économiser 9,60.

Cette stratégie suppose de créer pour les jeunes, dans leur contexte de vie et leur environnement, les conditions favorables au développement de compétences psychosociales aidant leur progression vers l'âge adulte et leur confrontation aux produits.

Ainsi certains dispositifs permettent d'allier démarche de prise de contact sur site, d'accès aux soins pour les publics en difficulté, de mise à disposition d'outils et de stratégies de réduction des risques pour tous les consommateurs lors des situations d'usage, en respectant les fonctions sociales de l'usage et en renforçant les compétences des consommateurs et des acteurs qui les entourent.

C'est le cas de dispositif mobile, de prévention des conduites à risque tel que le Hangover Café à Bordeaux, qui consiste en un lieu de pause pour les consommateurs en situation de vulnérabilité lors d'évènements festifs, qui stationne à proximité des lieux de la nuit urbains et permet d'accueillir les personnes vulnérabilisées par leur consommation d'alcool et/ou d'autres produits psychotropes, d'évaluer les situations individuelles, et de mettre en œuvre les réponses de mise à l'abri les plus adaptées, tout en s'articulant avec ses partenaires locaux.

⁴ Rapport Lépine, Morel, Paille et al. 2006

⁵ Données issues de l'analyse de 23 études portant sur 188 934 jeunes 3 revues Cochrane

⁶ INSERM 2014

⁷ Données issues de 32 études sur 46 539 jeunes scolarisés (6ème et 5ème), 3 revues Cochrane

⁸ *Strengthening Family Program for Parents and Youth* 10-14 ans, conçu par Carol Kempfer.

⁹ Données issues de l'analyse de 17 études pour 1 230 participants, 3 revues Cochrane.

¹⁰ Etude conduit par Partnerships in Prevention Science Institute concernant le Strengthening Families Program

2) FAIRE EVOLUER L'OFFRE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES (RDRD) ET DE SOIN

► Une rencontre qui doit se faire plus tôt dans les usages

L'alcool est directement en cause dans 50 000 décès par an. Sur les millions de consommateurs, seuls quelques 8 % de personnes vont rencontrer des problèmes avec l'alcool mais ce pourcentage s'avère beaucoup plus important pour le tabac. On connaît les risques, on multiplie les informations mais le recours au soin spécialisé demeure trop tardif. Dans une dynamique où la science nous montre la nécessité d'intervenir le plus tôt possible, on ne peut que regretter que le dispositif dédié ne rencontre « que » 140 000 personnes chaque année pour l'alcool. Cette carence du recours au soin est l'un des facteurs aggravants des dommages liés à la consommation de ces produits.

Les usagers à risques ou problématiques consultent « tardivement » dans leur consommation, lorsque les problèmes médicaux se sont installés. On sait pourtant que toute une série de troubles préexistent à ces problématiques médicales – difficultés de repérage, troubles psychologiques, isolement, problématiques financières...

La difficulté d'accéder ou de recourir à une aide spécialisée plus précocement vient aussi d'une perception négative du soin¹¹ des addictions, notamment de l'alcoolodépendance. Nombre de patients pensent que l'offre de soins se limite un objectif unique d'abstinence totale ; objectif que beaucoup ne partagent pas ou qu'ils jugent inatteignable.

Les professionnels doivent donc individualiser l'offre de soin, dans le cadre d'objectifs partagés et définis avec les patients. Cela suppose un effort de formation de l'ensemble des intervenants à l'intervention précoce, au soutien motivationnel et à la réduction des risques, afin qu'ils soient en capacité d'aller vers les consommateurs et d'être attentifs à leur objectif personnel avant de proposer une réponse prédéfinie.

► Élargir la palette de soin à d'autres outils que le sevrage

L'alcoologie et la tabacologie ont longtemps considéré le produit comme étant le problème central. Elles se sont fondées sur un objectif – longtemps indiscutable – d'abstinence.

Ces approches traditionnelles en alcoologie notamment étaient caractérisées par une faible efficacité au long cours – malgré la répétition dommageable des sevrages – et une forte contrainte dans le soin, répondant à une injonction d'arrêt – souvent inatteignable, très éprouvante.

Cela a renforcé une vision négative du soin et donc retardé les recours voire même dissuadé les patients de prendre contact. **Le constat que cette approche laisse la plupart des consommateurs à risque au bord de la route semble de plus en plus partagé¹².**

Par ailleurs, avoir recours au soin c'est également dire « avoir un problème », donc perdre le statut social valorisé de « celui qui gère » ses consommations. Ainsi, lorsque cette admission (qui culpabilise souvent fortement) survient, le phénomène a déjà généré de la honte, du rejet et donc logiquement de la résistance et parfois du déni. Le statut social négatif du consommateur d'alcool

¹¹ Santé publique France, Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, 2015.

¹² Entre 2012 et 2016, la Fédération Addiction a mené une enquête auprès de plus de 300 professionnels intervenant en addictologie et dans le secteur social, tous secteurs confondus. Parmi eux, les intervenants ont tous noté une difficulté à intervenir précocement et de manière efficace sur les consommations d'alcool, constatant de grandes difficultés à aborder la question de manière sereine avec les personnes de leur file active et un manque d'outils pour réduire les risques des consommations d'alcool existantes. Voir *Réduire les risques : Ethique Posture Pratiques*, Fédération Addiction, avril 2017 et *Agir en réduction des risques, en CSAPA et en CAARUD*, Rapport d'enquête, Fédération Addiction, janvier 2016.

problématique a une valeur de disqualifiant social fort, qui pousse à ne pas recourir au soin, à ne pas demander de l'aide, à s'en débrouiller seul. Il isole les personnes dans une souffrance de plus en plus importante.

L'évolution vers l'amélioration de la qualité de vie, du sentiment de bien-être et de confiance en soi des personnes en difficulté vise à enrayer les mécanismes d'exclusion à l'œuvre sur l'alcool, et à contrer la valorisation de celui qui « se sort seul » d'une dépendance au tabac.

La prise en compte d'un possible maintien, respectueux, de la consommation – d'alcool ou de nicotine – tout en réduisant le plus possible les effets négatifs qui y sont liés, permettent à la personne d'envisager le maintien des avantages, des bénéfices qu'elle tire de ces consommations et auxquels elle ne peut ou ne veut pas renoncer.

Si ces processus de stigmatisation sont moins forts sur la consommation de tabac, l'imaginaire qui entoure le fait de fumer, acte social qui « fait groupe » et confère un statut social reste prégnant ; surtout à l'adolescence, et malgré des évolutions récentes de « dénormalisation », qui vont dans le bon sens.

Il n'en demeure pas moins crucial d'accompagner les personnes sans contraindre l'arrêt, souvent vécu avec beaucoup de crainte, qui pour le tabac fait redouter la difficile mais incontournable période de sevrage et retarde donc le recours au soin.

Beaucoup de pistes ont été explorées et doivent être au cœur de la stratégie de lutte contre les problématiques liés aux produits, au-delà de l'injonction à l'arrêt :

- gratuité des substituts nicotiques
- poursuite des études sur le Baclofène,
- programmes croisant prévention réduction des risques et soin tels que le Mois sans Tabac,
- mais aussi les mesures permettant la régulation des aspects culturels et sociaux de ces consommations – paquets neutres (et non pas dissuasifs, car vecteurs de stigmatisation), prix plancher pour l'alcool et hausse des taxes pour le tabac...

Dans cette perspective, **le vapotage doit être soutenu par une recommandation claire des autorités publiques comme outil de réduction des risques pour les fumeurs de tabac** (comme l'a récemment fait le gouvernement britannique). Outil exemplaire de réduction des risques liés au tabac brûlé, la vapoteuse (faussement appelée « e-cigarette ») permet aux consommateurs de conserver une consommation de nicotine, un geste souvent ritualisé, tout en réduisant sensiblement les risques pour sa santé.

► **S'appuyer sur les acteurs de premier recours non spécialisés**

Pour le tabac, la stigmatisation est peut-être moins forte aussi du fait du peu de changement comportementaux liés à la cigarette (contrebalancés par les conséquences du sevrage sur les comportements de certains). La plupart des anciens fumeurs ont arrêté par eux-mêmes, avec l'appui de praticiens de ville, en comptant sur une forme ou une autre d'autosupport ou en se rendant en pharmacie d'officine.

De l'intervention précoce au soin des personnes en difficulté, la lutte contre les addictions et les conséquences négatives liés à l'usage de tabac et d'alcool nécessite un effort collectif ; elle n'est ni l'apanage du secteur spécialisé – qui reste le pivot, le centre ressources sur ces thématiques – ni celui de la santé.

L'appui sur les acteurs de premiers recours est un vrai atout pour la régulation de ces consommations, la prévention et l'aide aux consommateurs problématiques ou non. Ainsi le développement de modules de formation en réduction des risques dès la formation initiale des praticiens – ville, médecine du travail, médecine scolaire - mais aussi d'actions coordonnées pour tous les acteurs au contact de publics vulnérables – éducateurs, enseignants, parents... – doit être un axe prioritaire.

En revanche, le tabac fumé accroche vite (plus que l'alcool ou le cannabis) et la majorité des cas de dépendance chez les jeunes sont liés au tabac. Cela impose donc de ne pas se limiter, encore plus que pour les autres SPA, à de simples actions de prévention primaire mais d'y adjoindre des actions de RDR et d'accès aux soins.

3) PERSPECTIVES

Les progrès obtenus dans notre pays en ce qui concerne la prévention alcool/tabac sont indéniables et d'ailleurs salués au plan international. Si l'on veut faire un peu de prospective, nous pouvons annoncer qu'ils vont se poursuivre avec une réduction des usages (et donc des dépendances) de tabac et une réduction de la prévalence globale des usages problématiques d'alcool et une évolution de leur structure (part croissante des comportements de binge drinking chez les jeunes)

Cette évolution va conduire à la concentration des usagers problématiques de ces substances, devenus moins nombreux, chez les populations les plus vulnérables (jeunes, vulnérabilités psychologiques, précarité sociale, etc.), ce qui amènera à une implication croissante des services spécialisés (soins et RDR) mieux à même d'offrir des possibilités de prise en charge globale comme cela a pu être développé utilement dans le champ des produits illicites.